Colección de Sistematización de Buenas Prácticas



SISTEMATIZACIÓN

Salud y Bienestar Comunitario, A.C.

Reconstruyendo **Redes Resilientes**











Salud y Bienestar Comunitario, A.C.

Reconstruyendo **Redes Resilientes**

La presente publicación es parte de la estrategia de generación de conocimiento del programa Juntos para la Prevención de la Violencia (JPV) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en México. USAID contribuye al fortalecimiento de los sistemas locales de prevención integrados por actores del sector público y privado, organizaciones de la sociedad civil y académicos, en su capacidad para diseñar, implementar y evaluar políticas y prácticas de prevención de la violencia.

USAID ha consolidado un conjunto de "Colecciones" consistentes en herramientas, manuales, sistematizaciones, evaluaciones y guías con el objetivo de fortalecer las capacidades de los sistemas locales para atender el problema de la violencia y delincuencia en el corto, mediano y largo plazo, asegurando que la gestión del conocimiento y la evidencia sean generadas continuamente y trasciendan el período de ejecución del programa de USAID.

"Esta serie de documentos es posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su contenido es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América."

Créditos

Diseño Gráfico:
Jocelyn Castañeda

Noviembre, 2018

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

La Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) y el Programa Juntos para la Prevención de la Violencia (JPV) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en su afán por reconocer los modelos de prevención social de la violencia y la delincuencia basados en evidencia que puedan fortalecerse, difundirse y replicarse y, en cumplimiento con los objetivos del Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y Delincuencia (PNPSVD), lanzaron en 2017 la Convocatoria para la Sistematización, Fortalecimiento y Difusión de Buenas Prácticas SEGOB – USAID.

Dicha Convocatoria tuvo como objetivo identificar un conjunto de prácticas de prevención social de la violencia y la delincuencia, para que, a partir de su sistematización y fortalecimiento, se facilite su replicabilidad en otras poblaciones, municipios y estados afectados por la violencia y la delincuencia en México, agilizando así su diseño, implementación, estandarización e institucionalización. Fueron recibidos 71 proyectos, de los cuales 54 cumplieron con todos los requisitos y cinco se clasificaron como finalistas.

En este marco, ambas instituciones tienen el agrado de presentar la práctica **Reconstruyendo Redes Resilientes**, operada por *Salud y Bienestar Comunitario*, A.C., que se desarrolla en Ciudad Juárez, Chihuahua, la cual, de acuerdo a la evaluación de un comité externo compuesto por especialistas de diversos sectores (público, empresarial, social, académico e internacional) en la materia, fue declarada como una **práctica promisoria**, pues presenta una coherencia interna en sus componentes y cierta evidencia de que podría ser efectiva en sus resultados, pero que todavía no demuestra de manera objetiva la lógica causal entre sus distintos objetivos y los resultados alcanzados.

La sistematización de la práctica **Reconstruyendo Redes Resilientes** cuenta con un enfoque práctico orientado al desarrollo efectivo de competencias, así como al fortalecimiento de capacidades de los operadores y de diferentes actores públicos y

sociales con apoyo en referentes conceptuales sobre sus supuestos de cambio sobre los beneficiarios.

El proceso de sistematización se realizó en tres etapas. La primera etapa fue el *análisis documental,* en la que se revisaron los elementos teóricos y metodológicos del modelo implementado, incluyendo su sistema de planificación, monitoreo y evaluación. La segunda, fueron las entrevistas en *profundidad* con implementadores, beneficiarios (actuales y egresos) y aliados, en la que se buscaba profundizar en el proceso de implementación, a fin de resaltar las lecciones aprendidas y los principales resultados alcanzados por la práctica. La tercera fue el proceso de validación, en la que se dio a conocer el resultado de la sistematización a la organización implementadora.

La identificación y el análisis de la ruta de procesos de planeación, implementación y monitoreo de esta práctica permitirán al lector encontrar elementos de éxito y factores obstaculizadores orientados a generar lecciones que permitan la réplica de este programa en distintos contextos.

El conocimiento generado apoyará sustancialmente a los implementadores de la práctica, a los tomadores de decisiones que trabajan con grupos de beneficiarios similares y a todos los interesados en trabajar, en México y en otras latitudes, con enfoques y modelos de prevención social de violencia y delincuencia.

PREFACIO

Los efectos de la violencia van más allá de la agresión; no sólo se limitan a la víctima, al momento o en el lugar donde ocurrió, sino que los efectos los encontramos entre la familia y la comunidad de la persona afectada. Los encontramos entre la familia y la comunidad de la persona afectada. Se pueden observar durante semanas, meses y, quizá, años después de que sucedió. Esto no sólo se percibe en la calle en la que pasó, sino en la colonia, el municipio y hasta en el estado. La violencia tampoco es lineal. No se puede entender sólo como una sucesión de causas y consecuencias definidas y específicas. Por lo contrario, las acciones y actitudes que en un momento fueron el resultado de ser víctima de la violencia, al mismo tiempo se convierten otros factores de riesgo que la fomentan y reproducen. Es circular, contagiosa y epidémica.

En México, pocas veces se han estudiado o analizado las consecuencias individuales en la salud física, o emocional, de las víctimas y de las personas cercanas que han experimentado la violencia directa o indirectamente. Tampoco sabemos a ciencia cierta los efectos de la violencia en el tejido social, en las relaciones comunitarias, comerciales, y en la convivencia en general de las personas que la han generado y que se han mantenido durante los últimos 10 años.

Si no hemos dedicado el tiempo ni los recursos necesarios a conocer todos estos efectos de las crisis de violencia, mucho menos le hemos brindado tiempo para atenderlos y, por desgracia, la mayoría de las veces, estas consecuencias se convierten en nuevas causas de más violencia y mayor descomposición social.

Las autoridades, organizaciones y personas que nos hemos dedicado a la prevención y reducción del delito hemos olvidado que sanar es quizá una de las partes fundamentales para la prevención, pero probablemente la menos atendida. Hemos querido que las acciones y políticas públicas tengan el efecto deseado en una comunidad enferma y dañada por la violencia, sin que empecemos por diseñar acciones para curar y fortalecer el cuerpo para que con sus propios anticuerpos —redes sociales, cohesión comunitaria y participación— puedan revertir las crisis de violencia.

Esto es lo que Salud y Bienestar Comunitario S.A. (SABIC) logró entender y llevar a la práctica con el proyecto *Reconstruyendo Redes Resilientes* (RRR). Al analizar los efectos de la crisis de violencia en las familias de Ciudad Juárez, a través de un modelo ecológico, se han permitido diseñar actividades y programas que buscan sanar a las comunidades de estos efectos nocivos, a la par que buscan dotar de capacidades de resiliencia, principalmente, a las mujeres de la comunidad. De lograr sus objetivos, SABIC estará contribuyendo directamente a la prevención de conductas y factores de riesgo que han hecho más difícil la recuperación de Ciudad Juárez y podrá considerarse un modelo exitoso digno de réplica en el país.

Leonel Fernández Novelo, Observatorio Nacional Ciudadano

I. INTRODUCCIÓN

La historia institucional sale de las mujeres, de un proceso duro, que favorece entender la misión de SABIC.
Entrevista colectiva a terapeutas populares.
Abril, 2018.

El presente documento recoge la experiencia del proyecto *Reconstruyendo Redes Resilientes (RRR)*, con el objeto de mostrar las prácticas de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (en adelante PSVD) desarrolladas en el marco de las labores de la organización Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (SABIC). Este proyecto se ha construido a partir de la metodología de trabajo de SABIC para crear un modelo de atención integral de la salud, lo cual es la columna vertebral de sus actividades; por tanto, sistematizar *Reconstruyendo Redes Resilientes* es un reflejo de la trayectoria histórica de la organización.

Es importante mencionar que este análisis no es una evaluación, ya que su énfasis se sitúa en la sistematización de prácticas y los hallazgos que favorecen o dificultan los procesos del proyecto y no en la valoración de tales esfuerzos. Asimismo, se enfatizan los componentes que constituyen el proyecto, de manera que sea posible apreciar su relación con los estándares de trabajo en materia de Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia vigentes en las políticas públicas del Gobierno Federal.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (SABIC), agrupación responsable de la ejecución del proyecto, fue constituida en el año de 2003 con la misión de "contribuir a mejorar la calidad de vida de las comunidades más empobrecidas, con servicios accesibles y de calidad; a través de la promoción de la salud con una visión holística y la prevención de la violencia, con perspectiva de género y como reivindicación de un derecho humano." (SABIC, 2018, p.2). SABIC lleva a cabo sus iniciativas mediante un grupo de organizaciones comunitarias de la región fronteriza México-Estados Unidos, y con el apoyo de entidades nacionales e internacionales, entre ellas: OXFAM México, INDESOL, USAID, Ayuda en Acción, INMUJERES, FECHAC, la Secretaría de Salud, entre otras.

SABIC cuenta con un sólido equipo de trabajo que le permite cumplir a cabalidad con su objeto social:

- Realizar campañas de sensibilización y difusión sobre los problemas de salud y el desarrollo integral, que vayan encaminadas a la prevención de la violencia, enfermedades y todo tipo de sucesos que afecten la calidad de vida de la población de escasos recursos, especialmente las mujeres y personas en situación de vulnerabilidad por su sexo y por su edad.
- Capacitar y/o formar promotores comunitarios en los temas de salud y desarrollo integral con perspectiva de género y en todos los temas relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida de la población de escasos recursos, comunidades indígenas y grupos vulnerables por edad, sexo o problemas de discapacidad.
- Proveer asistencia, rehabilitación, consultas psicológicas y todo tipo de asesorías que favorezcan el cuidado y atención a la salud que vaya dirigido a la población de escasos recursos y otros grupos vulnerables.
- Realizar actividades tendientes a la prevención y reducción del daño en materia de adicciones.
- Diseñar y realizar programas para favorecer la salud reproductiva.
- Coadyuvar en el fortalecimiento de organizaciones y colectivos comprometidos con la salud y/o el desarrollo social, que beneficien a personas y sectores de escasos recursos, y grupos vulnerables por edad, sexo o problemas de discapacidad. Promover la formación de redes que favorezcan la participación ciudadana de la población, especialmente aquellas que buscan construir relaciones de equidad de género.
- Colaborar con organizaciones especializadas en la preparación y producción de materiales didácticos que contribuyan al complimiento del objeto social de la asociación (SABIC, 2018).

Durante los últimos años, la organización ha desarrollado un modelo de intervención integral para la atención a víctimas de la violencia, la promoción de la salud integral y el fortalecimiento de las comunidades resilientes cuyo eje principal es la formación de brigadistas, promotores y terapeutas en las comunidades que se apropien de los procesos de salud mental comunitaria. Este modelo ha sido ampliamente reconocido por diversas organizaciones, incluyendo la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) y Ayuda en Acción España (SABIC, 2017).

En términos del proyecto *Reconstruyendo Redes Resilientes*, esto se expresa en el siguiente objetivo general:

> Reducir la vulnerabilidad de las mujeres —y sus familias—, principalmente de la zona norponiente de Ciudad Juárez, a través de espacios terapéuticos de convi-

vencia comunitaria, donde se pueda fortalecer las habilidades resilientes y capacitar terapeutas comunitarias para reconstruir las redes interpersonales (SG, 2017).

Asimismo, SABIC ha diseñado su modelo[1] de atención basado en cuatro objetivos específicos:

1) Sensibilización de la comunidad a través de campañas intensivas, brigadas o ferias que permiten la detección y canalización de casos de riesgo.
2) Atención a las necesidades de salud de víctimas de la violencia desde una perspectiva integral y con espacios de crecimiento humano.
3) Capacitación de brigadistas y terapeutas.
4) Articulación de la Red de Terapeutas y Brigadistas voluntarias, y de la Red de Centros de Atención (SABIC, 2018).

Estos esfuerzos se llevan a cabo en la zona poniente de Ciudad Juárez, la cual:

> "Se caracteriza por altos índices de violencia intrafamiliar (principalmente violencia de género y violencia infantil). También por la presencia de familias separadas, (debido a que las generaciones más jóvenes se han trasladado a otras zonas de la ciudad, principalmente zona suroriente), por lo que hay muchos niños y niñas en esta zona que no habitan con sus papás y que están al cuidado de otros familiares (abuelos, tíos u otros miembros de la familia), en los que predomina la presencia de estilos educativos permisivos…La mayor parte de los habitantes trabajan en las maquilas, como operadores y se destaca la presencia significativa de mujeres que trabajan en clubs en otras zonas de la ciudad en los que se ofrece acompañamiento a hombres[2]. En este contexto, hemos identificado que las mujeres, en particular de colonias de escasos recursos, presentan una alta vulnerabilidad y riesgo de sufrir alteraciones psicoemocionales que se reflejan en redes sociales deterioradas. Según un análisis que realizamos en 2014 (Reconstruyendo el Tejido Social a Través de la Salud), las mujeres de estas colonias refieren una presencia continua de: agotamiento, tristeza, ansiedad, depresión, miedo, estrés e inseguridad. Sólo el 6% de ellas decía sentirse con energía y sólo 1 de cada 5 decía sentirse feliz o alegre" (SABIC, s/f-a).

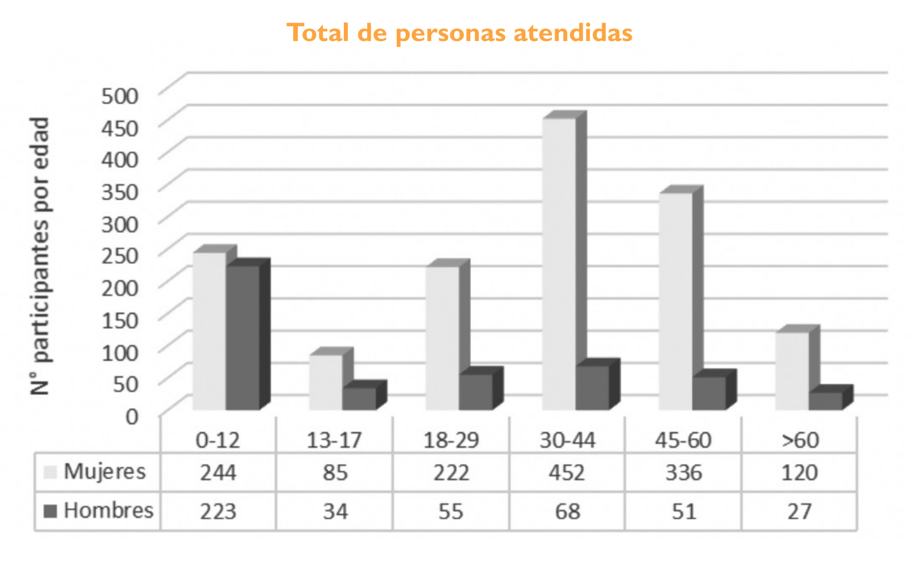
[1] El modelo se expresa en la ejecución de los siguientes programas: Modelo de Atención Integral a la Salud; Escuela de Formación de Terapeutas, Promotores Comunitarias y Brigadistas; Programa de contención a trabajadores de la salud mental; Investigación sobre salud, violencia y género; Articulación y formación de redes de terapeutas, promotores y brigadistas; Modelo Hombres por la Equidad - Promoción de nuevas masculinidades; Implementación y adaptación del Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud de la Fundación de Educación para la Salud (Fundadeps, España); Participación Ciudadana a través de Consejo Directivo del Instituto Municipal de las Mujeres, Consejo Municipal de Desarrollo Social, Asamblea de Organizaciones de Ciudad Juárez, entre otros.
[2] No necesariamente son servidoras sexuales.

El impacto del trabajo que SABIC es evidente en las tres vertientes que fueron diseñadas para el abordaje de la problemática: 1) *Es un modelo de atención único*; 2) *De amplia cobertura*; y 3) *Sustentable*[3].

En términos generales, este proyecto está basado “en la continuación de un diagnóstico participativo, adaptando el modelo de intervención (Sensibilización, Atención, Formación y Articulación) a las nuevas necesidades identificadas con la población, con el objetivo de incidir en la reconstrucción de las redes familiares y sociales dañadas, incidiendo de esta forma en reducir la vulnerabilidad de las mujeres” (SEGOB-USAID, 2017, p. 1).

Asimismo, puede que los resultados de la intervención no sean tan perceptibles, pero estos se han reflejado a través de numerosos testimonios y experiencias de éxito especialmente en las colonias López Mateos, Francisco I. Madero, Tarahumara, Santa Rosa y Anapra. Específicamente, el proyecto se ha apropiado “de los conocimientos y las herramientas de autocuidado presentadas, favoreciendo una cultura de autocuidado en la comunidad, de convivencia inclusiva y de solidaridad” (SABIC, 2016, p.29). Como ejemplo, se tienen datos para 2017 que indican la participación de 1,917 personas de acuerdo con la información de la Gráfica 1.

Gráfica 1. Total de personas atendidas por sexo y rango etario (2017)



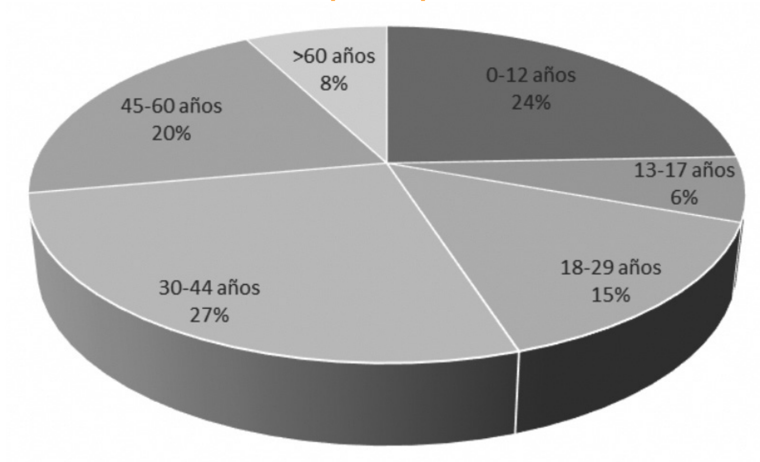
	0-12	13-17	18-29	30-44	45-60	>60
Mujeres	244	85	222	452	336	120
Hombres	223	34	55	68	51	27

Fuente: Elaboración propia con base en SABIC (2018).

La población directamente beneficiada de la intervención han sido mujeres adultas y jóvenes en situación de pobreza, han sufrido de violencia y/o condiciones de desigualdad, y/o viven en áreas marginales de la zona norponiente de Ciudad Juárez.

[3] Cada una de las vertientes será desarrollada posteriormente, en el Apartado 4.

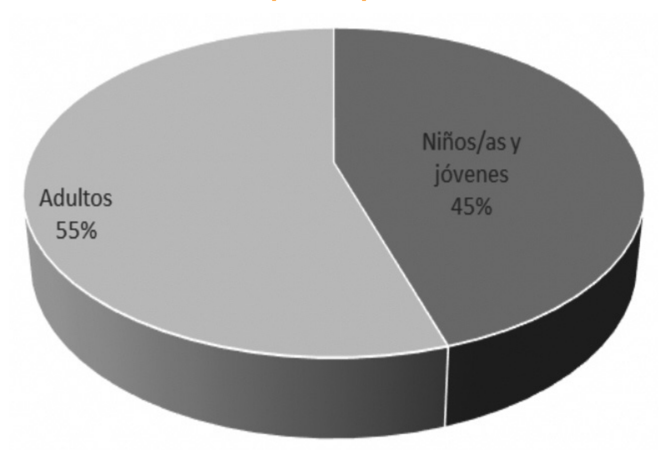
Gráfica 2. Total de participantes por rango etario (2017)



Fuente: Elaboración propia con base en SABIC (2018).

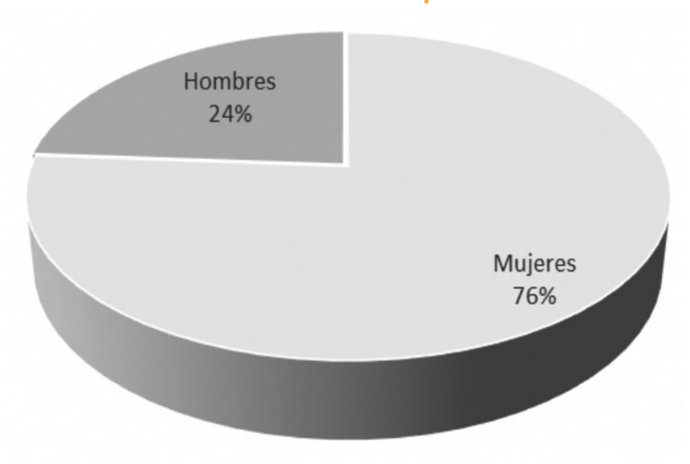
De acuerdo con la Gráfica 2, el grupo que tuvo mayor representación en el proyecto fueron las mujeres de entre 30 a 60 años, en su mayoría madres de familia. Aunque debe tenerse en cuenta que los rangos de edad no son proporcionales y que el 45% de las personas que se atendieron fueron niñas, niños y jóvenes de 0 y 29 años. Es importante resaltar este hecho ya que no sólo se atendieron madres de familia quienes pueden promover un gran cambio en sus hogares, sino que también se le abrió la puerta a los niños y jóvenes a este proyecto, debido a que también inciden directamente hacia la prevención primaria de la violencia.

Gráfica 3. Personas atendidas por grupo poblacional, 2017



Fuente: Elaboración propia con base en SABIC (2018).

Grafica 4. Personas atendidas por sexo



Fuente: Elaboración propia con base en SABIC (2018).

Cabe resaltar que el 24% de los participantes fueron varones de acuerdo con la Gráfica 4. Asimismo, la activa participación de las mujeres y hombres favoreció el hecho de que numerosas familias mejoraran la convivencia familiar, lo cual potencialmente pueda propiciar la ruptura de procesos de violencia.

2. MARCO CONCEPTUAL CON ENFOQUE DE RIESGO

El modelo de intervención *Reconstruyendo Redes Resilientes* tiene íntima relación con los principios enunciados en la Ley General para Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia (LGPSVD, 2012, Art. 2) y en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS, 2003). Consecuentemente, es necesario presentar los conceptos cruciales de dichos documentos para el entendimiento del proceso. El modelo de intervención se basa en el Modelo Ecológico[4] y el Programa de Estrategias para la Conciencia del Trauma y la Resiliencia[5]. A través de la perspectiva psicosocial[6], se reconoce la relación entre el individuo y la comunidad en el ámbito comunitario social con el fin de brindar la atención a cada persona que integra un contexto comunitario. La dimensión psicosocial toma en cuenta al individuo, su dimensión familiar y la reconstrucción de redes sociales de apoyo que han estado descuidadas.

Por su lado, el Modelo de Atención Integral en Salud de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas de México busca incidir en esta reconstrucción social a partir de los efectos psicológicos y sociales. Los efectos psicológicos se entienden como aquellas experiencias que afectan a las emociones, conductas, pensamientos, memoria y habilidad para aprender. De igual forma, los efectos sociales se definen como distintas experiencias de conflictos sociales (o separaciones, distanciamientos u otro tipo de pérdidas) alteran las relaciones entre la gente (CEAV, 2015).

[4] Según el cual es necesario abordar necesidades a diferentes niveles (personal, interpersonal, comunitario y social) para impactar en cada uno de ellos.

[5] Estrategias para la Conciencia y Resistencia al Trauma (STAR, por sus siglas en inglés) es un programa del Centro de Justicia y Construcción de la Paz de la Eastern Mennonite University. Tiene como objetivo fortalecer la capacidad de las personas, organizaciones y comunidades para comprender los impactos del trauma, interrumpir ciclos de violencia y, desarrollar resiliencia a nivel personal, comunitario y social. STAR está dirigido a personas cuyo trabajo los pone en contacto con poblaciones que enfrentan traumas actuales o históricos: profesionales de salud mental, médicos y legales, clero, educadores, constructores de paz, trabajadores humanitarios, de derechos humanos y de desarrollo. Todos estos actores necesitan estar informados sobre el trauma para hacer una programación sensible al tema.

[6] Se retoma la definición de atención psicosocial brindada por Carlos Beristain, a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la cual la determina como el “proceso de acompañamiento individual, familiar o comunitario orientado a hacer frente a las consecuencias del impacto traumático de las violaciones de derechos humanos y promover el bienestar, apoyo emocional y social a las víctimas, estimulando el desarrollo de sus capacidades” (Beristain, 2012).

Estos efectos están previstos en la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia 2012-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual destaca la función decisiva que puede desempeñar la salud pública para abordar las causas y consecuencias de la violencia.[7] Con esto en consideración, los niños, niñas, adolescentes y mujeres de México son los sectores que sufren los mayores índices de violencia. Por consecuencia, el Estado debe prevenir y atender el problema desde la perspectiva de salud pública.

Esa misma campaña sugiere que dicha política de salud pública posibilite, entre otras estrategias, la promoción del acceso a servicios orientados a mitigar las consecuencias de la violencia y el cambio en las normas socioculturales que la propician (OPS, 2003, p.xxii). Para contrarrestar tales normas no escritas, el enfoque de género permite visibilizar el modelo tradicional de masculinidad como un factor de riesgo que legitima el ejercicio de la violencia y el descuido de la salud.

Además, el enfoque de género posibilita comprender la necesidad de dar atención a los traumas, o secuelas, a las víctimas de la violencia que a su vez prevenga la revictimización y la reproducción de la violencia.

Cabe recordar que los traumas deben ser comprendidos tanto en lo individual como en lo comunitario. Según el programa de *Estrategias para la Conciencia del Trauma y la Resiliencia*, la falta de atención al trauma (individual y comunitario) y la falta de habilidades resilientes producen cambios a los individuos en los siguientes aspectos delineados por SABIC:

- *Fisiológicos:* vómitos, debilidad, dolor, cambios en presión, diarrea, dificultades para respirar, fatiga, cambios en el apetito, inhabilidad para descansar.
- *Comportamiento:* exceso de trabajo, reacciones antisociales, movimientos erráticos, explosiones emocionales, abuso de alcohol o drogas, falta de concentración, violencia doméstica, bullying y abusos en general.
- *Emocionales:* miedo, terror, ansiedad, pánico, paranoia, rabia, aprensión, depresión, culpa, vergüenza, tristeza, shock, pérdida de control de las emociones, sentimientos de desesperanza e irritabilidad.
- *Cognitivos:* confusión, pesadillas, flashbacks, hipersensibilidad, dificultad en la toma de decisiones, problemas de concentración y de memoria y desorientación.
- *Espirituales:* sentimientos de vacío, pérdida de sentido, duda, pérdida de dirección, cinismo, apatía y crisis de fe y de crecimiento.

[7] De acuerdo con la OMS, la violencia es “el uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OPS, 2003, p.5).

El trauma colectivo puede crear cambios en tres dimensiones:

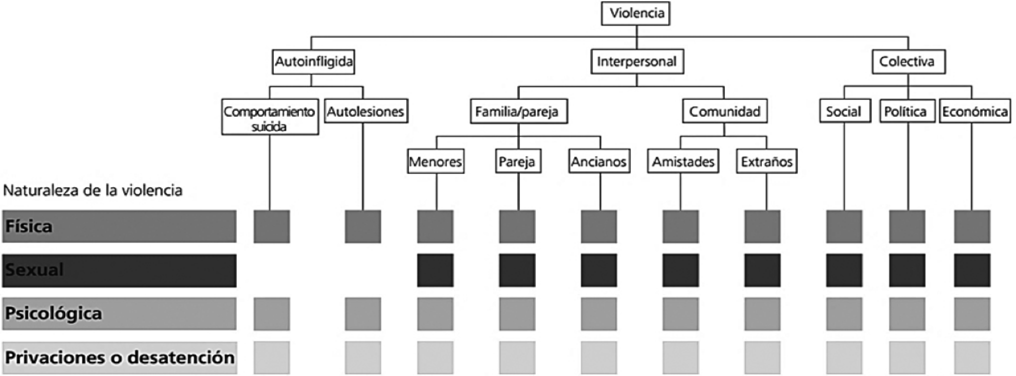
- Grandes grupos de personas sufriendo distintas formas de estrés post-traumático.
- Alteraciones al comportamiento que se transmiten de una generación a otra.
- Cambios profundos que ocurren en procesos sociales y políticos.

De igual forma, algunos de los rasgos de sociedades profundamente traumatizadas incluyen:

- Pérdida de confianza básica en el orden de las cosas.
- Dificultades para vivir el duelo.
- Dificultad para revertir el sentido de humillación y desesperanza.
- Nuevos patrones sociales como agresión, violencia doméstica, prostitución, violación sexual, secuestro, pandillas juveniles, crimen organizado, una moral más laxa y destrucción humana del medio ambiente.

En la Figura 1 se muestra quienes son afectados y la forma en la que están siendo afectados:

Figura 1. Clasificación de la Violencia

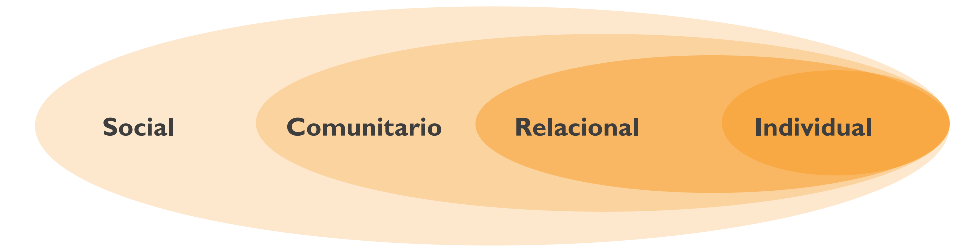


Fuente: OPS, 2003, p.12.

Por su lado, el Modelo Ecológico también analiza los niveles o ámbitos en los que se reproduce la violencia desde la perspectiva de su posibilidad de ser elementos que fomentan (o no) su existencia y persistencia.

[12] Ver en Anexos los instrumentos de evaluación y monitoreo.
[13] Prevención de factores de riesgo relacionados a las adicciones y a la violencia.

Figura 2. Ámbitos del modelo ecológico



Fuente: OPS, 2003, p.14.

A partir de este análisis, y de acuerdo con SABIC, se pueden suponer estrategias que posibiliten prevenir la violencia a partir de acciones concretas para el abordaje de la prevención en diferentes ámbitos:

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse, se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos.
- En el segundo nivel se abordan *las relaciones* más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros. De igual forma, se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. En la violencia juvenil, por ejemplo, tener amigos que cometan o alienten actos violentos puede elevar el riesgo de que un joven los sufra o los perpetre.
- En el tercer nivel se exploran los *contextos comunitarios* en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario. Paralelamente, se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. En este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (por ejemplo, el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia. En estos contextos, las normas sociales y culturales conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la

dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad (OPS, 2002).

En el diseño de sus procesos, SABIC ha considerado los conceptos relacionados a los factores de riesgo, factores de protección y el trabajo desde la comunidad en alianza con actores locales, de manera que se busca cumplir lo dicho en la Ley General Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. En el Artículo 8, se estipula que la prevención en el ámbito comunitario pretende "atender los factores que generan violencia y delincuencia mediante la participación ciudadana y comunitaria[8]" (LGPSVD, 2012).

Además, el trabajo de SABIC con las comunidades genera factores de protección más allá de los enumerados anteriormente. En el ámbito de la salud pública, las intervenciones se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención:

- *Prevención primaria:* Actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- *Prevención secundaria:* Medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- *Prevención terciaria:* Intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos, como la rehabilitación, la reintegración y los intentos por aminorar los traumas o las discapacidades de larga duración asociadas con la violencia.

En este sentido, SABIC atiende dos de los tres niveles establecidos por la OPS/OMS. Es decir, la experiencia *Reconstruyendo Redes Resilientes* se encuentra dirigida a atender, en coordinación con los centros de atención de salud del ámbito público, los impactos en las víctimas de actos de violencia, además de reforzar la organización comunitaria con el fin de modificar los factores que permitieron esos hechos. Adicionalmente, se toma en cuenta los factores y la situación de los perpetradores de los actos violentos, quienes, en la mayoría de los casos, son miembros de la comunidad que requieren tratamiento.

[8] Este Artículo toma en cuenta los siguientes factores: I. La participación ciudadana y comunitaria en acciones tendentes a establecer las prioridades de la prevención, mediante diagnósticos participativos, el mejoramiento de las condiciones de seguridad de su entorno y el desarrollo de prácticas que fomenten una cultura de prevención, autoprotección, denuncia ciudadana y de utilización de los mecanismos alternativos de solución de controversias; II. El mejoramiento del acceso de la comunidad a los servicios básicos; III. Fomentar el desarrollo comunitario, la convivencia y la cohesión social entre las comunidades frente a problemas locales; IV. La participación ciudadana y comunitaria, a través de mecanismos que garanticen su efectiva intervención ciudadana en el diseño e implementación de planes y programas, su evaluación y sostenibilidad; V. El fomento de las actividades de las organizaciones de la sociedad civil.



3. JUSTIFICACIÓN, INFORMACIÓN DE CONTEXTO Y DIAGNÓSTICO DE FACTORES DE RIESGO

Este capítulo recoge evidencias del diagnóstico realizado para identificar los factores de riesgo que propician la violencia, especialmente la focalizada en la implementación de la intervención de RRR.

Dichos factores se exponen en el *Diagnóstico situacional. Resumen y Diagnóstico integral del municipio de Juárez*. A continuación, se enuncian dichos factores:

- El desarrollo de la industria maquiladora atrajo una gran cantidad de población migrante que llega en situación de desventaja.
- Las grandes carencias de infraestructura urbana y social, como servicios médicos, educativos y de cuidado de niños; un modelo de justicia penal en el que predomina la impunidad.
- Situación histórica de marginación y extrema pobreza.
- La precariedad laboral.
- La desigualdad y la segmentación social.
- La ausencia de diseño en el desarrollo urbano que se traduce en servicios de mala calidad.
- La ausencia de políticas públicas y programas que favorezcan el desarrollo social unido a la predominancia de programas asistencialistas de corto plazo; la crisis económica.
- Paros laborales y la precarización de las condiciones de trabajo; la presencia del crimen organizado.
- La falta de estrategias para devolver la seguridad a la sociedad, entre otros. El capital económico, social y cultural de las familias ha sido profundamente perturbado por la violencia.

Además, la prolongación de violencia extrema han provocado un daño psicoemocional en la población juarense que ha deteriorado su salud y su calidad de vida considerablemente (Barraza, 2009).

La situación de violencia que ha vivido Ciudad Juárez ha afectado la estabilidad psicoemocional, la salud física de las mujeres y la población en general. En este contexto, hay una serie de problemas que afectan las relaciones sociales y todos los ámbitos de la vida de la población. Lo anterior pone en riesgo el futuro de los jóvenes, niños y niñas, ya que los daños pueden llegar a ser irreversibles[9].

Asimismo, la precariedad laboral, la falta de recursos para enviar a los hijos a la escuela o tener una vivienda digna, y la falta de oportunidades propiciaron un escenario de frustración. Este sentimiento puede convertirse en un precursor o detonante de riesgo hacia la violencia contra las mujeres, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia asociada a la delincuencia y el narcotráfico.

En entrevista, la investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México, Georgina Cárdenas López, indicó que el 27% de la población de Ciudad Juárez sufre de estrés postraumático, tras haber estado expuesta a una continua violencia extrema (Udual, 2012).

De enero de 2007 a octubre de 2012, se contabilizaron 11 mil 114 asesinatos, es decir 5.8 diarios. Estos crímenes han estado acompañados de secuestros, extorsiones, robos con lujo de violencia (Esquivel, 2012). Consecuentemente, se han observado manifestaciones graves en la situación de la salud de la población, sobre todo en la salud de las mujeres[10].

Alrededor de un 80% de las personas que acuden a los servicios médicos padecen de miedo, estrés, depresión, duelo o algún otro de los trastornos derivados de la exposición a la violencia, lo que está a su vez generando enfermedades físicas como infartos, migrañas, inflamaciones que han derivado en parálisis cerebrales, parálisis faciales, hemiplejias, úlceras, pancreatitis y diabetes, afecciones graves en el hígado, incluso llegando a generar hasta la muerte en varios de los casos (SABIC, s/f-a).

Asimismo, varios estudios realizados en las ciudades de Chihuahua y Juárez han mostrado altos niveles de trastorno de estrés postraumático en menores de edad que han estado expuestos a la violencia (Hinojo, 2011 y Quintana, 2015). Estas condiciones se han permeado a través de la ruptura de la red familiar y social (migración interna,

[9] Shonkoff y Fox (citado por Feigelson, 2012) explican cómo la exposición prolongada al temor durante la primera infancia puede perjudicar al desarrollo del córtex prefrontal y a su futura función ejecutiva. Por el otro lado, Guerra (citado por Feigelson, 2012) describe el modo en que la exposición a la violencia puede vincularse tanto a los problemas de salud mental de los niños pequeños como a la salud física, dando lugar a enfermedades como el asma.

[10] "Desde el año 2008, el mayor número de homicidios de hombres y mujeres. Al mismo tiempo, esta ciudad ocupa la atención de los organismos internacionales de derechos humanos por la grave e impune problemática del feminicidio. A nivel internacional, es considerada la ciudad más violenta del mundo por estas dos formas de violencia extrema. No obstante, existen otras formas de violencia y otras víctimas que permanecen invisibilizadas: las y los jóvenes que se encuentran inmersos en la violencia juvenil y las niñas y los niños que son víctimas del maltrato: emocional, psicológico, físico, sexual y económico" (Cervera, 2010, p.77).

niños separados de sus padres, etc.), el distanciamiento entre parejas, el agotamiento crónico de las mujeres por sobrecarga de trabajo, los jóvenes en las calles sin escuela o trabajo, el empobrecimiento de las familias, la pérdida de capacidad adquisitiva, encerramiento en los hogares, deterioro los imaginarios y del sentido de pertenencia, aceptación de la violencia como hecho cotidiano, hambre, falta de oportunidades y una situación permanente de vulnerabilidad y riesgo (Barraza, 2009).

Cuando estas emociones de miedo y angustia pasan a convertirse en estados permanentes de la vida, las defensas habituales dejan de ser efectivas y están más proclive a tener una respuesta de afrontamiento poco adecuada, lo que además debilita las habilidades de resiliencia. (Beristain, 2000).

Según un estudio realizado por la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (CONAVIM), la población en la zona poniente de Ciudad Juárez se caracteriza por la ruptura de la red familiar y social (migración interna, niños separados de sus padres), el empobrecimiento de las familias, el encerramiento en los hogares, la aceptación de violencia como hecho cotidiano y la falta de oportunidades. De acuerdo al mismo estudio, las comunidades de esta zona también se caracterizan por el distanciamiento entre parejas, las desigualdades de género, el agotamiento crónico por la sobrecarga de trabajo y la alta incidencia de la violencia en la zona (Barraza, 2009).

Gracias a la realización de un diagnóstico participativo con mujeres de la zona norponiente, en 2015 fue detectada una gran preocupación por el daño a raíz de las redes sociales. Estas últimas producen desintegración familiar y comunitaria, la cual se manifiesta de forma más notable entre las mujeres debido a su situación de doble vulnerabilidad. Dicha condición puede afectar a la mujer en los siguientes niveles:

- Individual: pérdida de confianza en el orden de las cosas, evasión y alienación de la realidad, respuestas de afrontamiento poco adecuadas, déficit en la resolución de conflictos, cronicidad de las enfermedades mentales y las disfunciones psicoemocionales[11] (miedo, depresión, angustia, etc.), explosiones emocionales y abuso de sustancias.
- Interpersonal: indiferencia y apatía por las relaciones familiares y comunitarias, distanciamiento afectivo, alteraciones en el comportamiento que se transmiten de una generación a otra, reacciones agudas de estrés y conductas antisociales.
- Comunitario: sentido de identidad y/o pertenencia a grupos sociales dañado, deterioro de los imaginarios, grandes grupos de personas sufriendo estrés post-traumático, existencia de trauma crónico colectivo no sanado, normalización de la violencia familar, el maltrato infantil y la violencia contra animales.

[11] Cuando estas emociones de miedo y angustia pasan a convertirse en estados permanentes de la vida, las defensas habituales dejan de ser efectivas y están más proclives a tener una respuesta de afrontamiento poco adecuada, lo que además debilita las habilidades de resiliencia.

Estos factores intervienen directamente en la destrucción del tejido social, la destrucción humana del medio ambiente, entre otros nuevos patrones sociales, tales como la agresión, la reproducción de la violencia, la participación con el crimen organizado, la prostitución, las violaciones sexuales, secuestros o la participación en pandillas (SABIC, s/f-a).

Para realizar un análisis participativo, el equipo trabaja con la técnica del árbol de problemas, lo cual explica las tres causas ligadas a la desintegración familiar y social que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y de sus familias después de sufrir trastornos psicoemocionales que deterioran sus relaciones[12]. A continuación, se presentan las tres causas mencionadas:

1. Escasos espacios de convivencia familiar y/o comunitaria que se han mermado tras la oleada de violencia, exceptuando las reuniones del Programa de Oportunidades, los espacios religiosos y las actividades de los grupos del adulto mayor. La poca presencia en estos espacios se ha relacionado con:
    a. La pérdida de espacios tradicionalmente que previamente eran utilizados para actividades familiares y comunitarias.
    b. El deterioro de las relaciones familiares y vecinales.
2. Alteraciones psicosociales en estas comunidades impactadas por la violencia diaria en forma de cronicidad de emociones tales como: miedo, inseguridad, frustración, depresión, duelo u otros trastornos que se presentan en el 80% de las personas de la zona. El 90% de las personas sufren, o han sufrido, algún tipo de violencia. Como causas determinantes de esta problemática se ha identificado:
    a. La falta de estrategias de afrontamiento y de habilidades resilientes.
    b. La falta de servicios de atención terapéutica personalizada accesibles.
3. Incremento de problemáticas psicosociales derivadas de la post-exposición a la violencia prolongada que obstaculiza la participación comunitaria y la convivencia familiar. Es un período en el que la presencia del miedo sigue estando presente, aunque bajo la idea colectiva de negar las consecuencias a la exposición de la violencia. Algunos de los síntomas que pudieran plasmarse en estas situaciones son el estrés post-traumático, una amplia desconfianza entre vecinos, apatía, indiferencia, culpa, baja autoestima, relaciones dependientes y varios tipos de prejuicios.

[12] En este análisis también se han abordado otros factores causales interconectados con las áreas que aborda este proyecto, tales como la fuerte presencia de violencia de género (física, psicológica, económica), violencia estructural, la falta de oportunidades, la impunidad, la planificación urbana, la desigualdad, la pérdida de capacidad adquisitiva, o una situación permanente de vulnerabilidad y riesgo.

Ante estas nuevas problemáticas se ha detectado que:

a. No hay servicios adecuados que cubran la aparición de estas nuevas problemáticas.[13]

b. La escasa atención que hay a nivel comunitario no está capacitada para trabajar estas nuevas problemáticas. (SABIC, s/f-a).

[13] Refiere al equipo de terapeutas y brigadistas que atienden a las comunidades. El perfil de estas personas es: mujeres de la comunidad, de nivel socioeconómico bajo-medio y escasa escolaridad y que muestran compromiso con el desarrollo saludable de su comunidad. La gran mayoría de las personas que conforman el equipo han experimentado sucesos violentos en sus vidas, inician sus procesos como beneficiarias/os y posteriormente deciden capacitarse para colaborar con otras personas.

4. MODELO DE INTERVENCIÓN HIPÓTESIS DE CAMBIO Y PASOS METODOLÓGICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

El modelo de intervención de la organización aborda de manera holística la atención a personas en situación de vulnerabilidad por su entorno de violencia, pobreza y marginación. Por ende, el modelo se desenvuelve a partir de un enfoque de derechos humanos, psicosocial, de género y diferenciado; reconociendo que cada persona, familia, comunidad, etnia o grupo social tiene particularidades y necesidades específicas que deben ser atendidas.

Como se ha dicho anteriormente, este modelo de intervención se basa en el Modelo Ecológico[14] y el Programa de Estrategias para la Conciencia del Trauma y la Resiliencia. En principio, el modelo aborda el tema del trauma y la violencia debido a que existe una íntima relación entre ambos fenómenos. En caso de que no se realice esta integración, dichos no se logran entender de manera integral (SABIC, s/f-b).

Asimismo, se trabaja a partir de una tipología del trauma y de la consideración de sus impactos o síntomas en las víctimas, mismos que tienen manifestaciones tanto en lo individual como en lo comunitario. En este modelo, las terapias alternativas son un componente esencial con el que se accede a una gran cantidad de personas que, por diversos tipos de resistencias, no acuden a espacios tradicionales comunitarios (cursos, talleres, espacios de ocio, iglesias, etc.), pero participan en la comunidad y buscan mejorar la salud mental y física de sus miembros.

El modelo de intervención recoge la experiencia multidisciplinaria de diversos profesionales para atender el trauma, generando espacios de participación colectiva en los que se favorece la reapropiación del cuidado de la salud, se fortalecen las redes interpersonales y se proporcionan las herramientas necesarias para reproducir este modelo en las comunidades de manera permanente.

[14] Es necesario abordar las necesidades en diferentes niveles (personal, interpersonal, comunitario y social) para impactar en cada uno de ellos.

La participación en estos espacios mejora las capacidades individuales, familiares y comunitarias de los beneficiarios para hacer frente y superar situaciones adversas, al mismo tiempo evitando que se generen alteraciones crónicas a mediano y largo plazo que pueden reflejarse en actos de violencia.

Las ferias de salud favorecen la reapropiación de espacios comunitarios en zonas que se han visto muy afectadas por la violencia, mientras que la apertura de centros de atención coordinados por voluntarias se convierten en espacios de acompañamiento hacia víctimas de la violencia con el fin de fortalecer y reconstruir el tejido social.



El modelo consta de cuatro fases de intervención, siendo algunas de ellas simultáneas debido a la continuación de programas anteriores. Éstas son:

- **Sensibilización:** una de las problemáticas detectadas en la zona ha sido que, tras la oleada de violencia, se han deteriorado las relaciones interpersonales en la comunidad y en las propias familias. Son pocos espacios de convivencia comunitaria que se han mantenido (programa de Oportunidades, adulto mayor, parroquia), y principalmente son mujeres de la zona las que acuden a las intervenciones en compañía de sus familias.

  Ante esta situación, la estrategia busca favorecer un espacio terapéutico y de convivencia, desde el cual se fortalezcan las redes interpersonales. Esto se realiza a través de ferias de salud o actividades de sensibilización (campañas, talleres, etc.). En estos espacios se ofrece un espacio de atención terapéutica que estimula procesos de autocuidado y permite detectar a las personas con mayores problemáticas de violencia para canalizarlas a otros servicios y, al mismo tiempo, facilitar la reapropiación de los espacios comunitarios. En estas campañas, se facilita un espacio en el que las personas pueden compartir sus experiencias con otras personas de su comunidad,

descubriendo en muchas ocasiones que comparten problemáticas similares y generan nuevos lazos de interacción.

Una feria de salud comunitaria es un evento público que se realiza en espacios de afluencia natural (centros comunitarios, iglesias, comedores, tianguis, entre otros) en los que se instalan carpas, mesas, camas de masaje y sillas. En dichas ocasiones se cuenta con:

1. La participación de brigadistas y terapeutas voluntarias de SABIC ofrecen un espacio de escucha terapéutico y atienden con terapias alternativas de forma gratuita (terapia floral, auriculoterapia, masaje relajante, etc.).
2. Se crea un espacio de convivencia estimulado por una promotora, en el que las beneficiarias pueden conocer a otras personas de su colonia en circunstancias similares y pueden compartir experiencias de vida.
3. Se canaliza a psicoterapia, grupos terapéuticos y talleres vivenciales y se da seguimiento a aquellas mujeres y a sus familiares detectadas con mayores problemáticas de violencia.
4. El uso de espacios de afluencia natural favorece la reapropiación de estos espacios como lugares de convivencia.

- **Atención:** son muchos los factores que intervienen en la alta incidencia de alteraciones psicoemocionales presentes entre las mujeres de la zona poniente de Ciudad Juárez, lo que demanda atenderlas y reforzar sus capacidades resilientes. La cronicidad de emociones tales como el miedo, terror, ansiedad, pánico, rabia, aprensión, depresión, culpa, vergüenza, tristeza y otras se hacen patológicas y se manifiestan en todos los niveles de la persona (individual, interpersonal, comunitario, social) a través de reacciones antisociales, explosiones emocionales, dificultad en la toma de decisiones, el abuso de sustancias o la falta de concentración.

La estrategia empleada para abordar esta situación es la de fortalecer las habilidades resilientes[15] a través de atención individual y grupal. Hay muchos factores que influyen en que una persona cuente con más probabilidades de afrontar las dificultades con más resiliencia a través del fortalecimiento de su autoestima o las redes sociales de apoyo.

Muchas de las mujeres que participan en las actividades han sido canalizadas previamente desde las campañas de salud comunitaria. Se calcula que un 40% aproximadamente de las beneficiarias de estos servicios han participado en las campañas.

La atención a las necesidades de salud se ofrece desde una perspectiva integral (dimensiones física, mental, emocional, energética, social y espiritual), a través de la atención médica, psicológica, nutricional, fisioterapéutica y terapias alternativas

[15] La resiliencia “es la capacidad innata que tienen los seres humanos de superar, afrontar y resurgir de las dificultades” (SABIC, 2017, p.15).

que reciben los sectores de la población[16] y los espacios grupales de crecimiento (psicoterapia grupal, los talleres vivenciales y el *Café Terapéutico*). Todos estos espacios de crecimiento humano favorecen los procesos de reflexión, autocuidado y participación social. Además, se cuenta con los Centros de Atención en espacios comunitarios en los que las mujeres terapeutas voluntarias atienden a otras personas en sus comunidades.

Ante los altos índices de violencia, los residentes de la zona norponiente se han acostumbrado a esta y hasta hace poco no existía una cultura para abordar los procesos traumáticos o incluso no se reconocía la prevalecía de esta. Es a través de estas terapias alternativas por las cuales se puede contribuir a la sociedad positivamente y facilitar la participación de la población. Las terapias ofrecidas son las siguientes:

- Atención psicoterapéutica.
- Terapia Floral.
- Herbolaria tradicional mexicana y microdosis.
- Auriculoterapia.
- Reiki.

- **Formación:** ante la detección del incremento de problemáticas psicosociales que afectan las relaciones interpersonales tales como la desconfianza entre vecinos, apatía, indiferencia, prejuicios y relaciones dependientes, se decidió incidir en el autocuidado comunitario a través de capacitación de mujeres como Brigadistas y Terapeutas con diferentes formaciones teóricas, vivenciales y prácticas. Estas capacitaciones ofrecerán herramientas y técnicas de autocuidado que buscarán fortalecer sus capacidades de resiliencia e incidir en sus comunidades. Se ofrecen diferentes formaciones, entre ellas:

    1. Taller de formación de brigadistas: esta organizado para llevarse a cabo en 12 horas durante 3 días. Se enseña sobre la atención básica con fórmulas florales de emergencia y con auriculoterapia. La formación incluye un análisis de la realidad social de la comunidad en la que se vive.
    2. Taller de formación de terapeutas corporales populares: se integra por 60 horas teórico-vivenciales y por 20 horas de prácticas. Estos talleres se llevan a cabo en un periodo de seis meses en los que se aprende sobre herbolaria tradicional mexicana, la elaboración de productos terapéuticos, atención con terapia floral de emergencia y auriculoterapia. Asimismo, estos talleres tienen espacios de desarrollo personal, incluyendo la introducción en profundidad a la salud integral y la responsabilidad del cuidado de la salud.[17]

[16] Terapia floral, herbolaria tradicional mexicana, masajes, terapias bioenergéticas, entre otras.

[17] Un desglose completo de este taller se presenta en el Cuadro 1 en la sección de Anexos.

3. Programa de Especialización de Terapeutas Corporales Populares: el programa incluye 80 horas teórico-vivenciales y 20 horas prácticas a lo largo de seis meses, en sesiones semanales de 4 horas de duración. En esta formación, se profundiza en el desarrollo de habilidades terapéuticas para la atención de diversas poblaciones y en la especialidad práctica en alguna de las siguientes áreas: masaje relajante, terapia floral, o cuerpo y energía[18] (Cuadro 11, Anexos).

- **Articulación:** la gran mayoría de las personas que participan en el modelo de intervención han experimentado sucesos violentos durante sus vidas, iniciaron sus procesos como beneficiarias y decidieron capacitarse para ayudar a otras personas a través de terapias alternativas y técnicas de escucha. Los talleres formativos tienen en cuenta estas características, por lo que todas las sesiones incluyen una parte vivencial y otra teórica-práctica. La parte vivencial permite fortalecer la cohesión grupal y favorecer los procesos de desarrollo personal de las terapias. Asimismo, la parte teórico-práctica contiene los siguientes elementos:

    1. El equipo de Terapeutas y Brigadistas voluntarios ofrece acompañamiento, apoyo material, asesoría, contención terapéutica y formación continua en áreas de desarrollo humano. Además, provee materiales para el funcionamiento de los Centros de Atención en sus comunidades.

    2. Se llevan a cabo reuniones mensuales de coordinación de actividades en las que los integrantes participan en la toma de decisiones para intervenir en zonas prioritarias, calendarizar las ferias de salud, determinar participantes, ofrecer supervisión de casos y favorecer espacios de convivencia de la red de mujeres.

    3. Se realizan visitas y asesorías periódicas a todos los Centros de Atención con el objetivo de evaluar la calidad de los servicios y las necesidades específicas de cada centro y de cada terapeuta.

    4. Existe un programa de contención semanal en la sede de la organización para ofrecer servicios de autocuidado a las terapeutas de la red para prevenir un cansancio significativo (*burn-out*), así como un programa de actualización con un taller mensual de cuatro horas de duración en el que se profundizan conocimientos específicos de terapias alternativas, de atención a víctimas de la violencia o de liberación emocional.

El modelo se caracteriza por ser:

1. Un modelo de atención único: no existen otras iniciativas que incorporen las terapias alternativas como medio para abordar la salud mental comunitaria y la resiliencia

[18] Un desglose completo de este taller se presenta en el Cuadro II en la sección de Anexos.

comunitaria, siendo ésta una propuesta muy atractiva para las participantes, evitando los procesos de revictimización,[19] y los beneficios que aportan los tratamientos naturales.

2. De amplia cobertura: el programa puede llegar a las personas más vulnerables en sus propios espacios de desarrollo, a través de las ferias o campañas intensivas (centros comunitarios, escuelas, iglesias, mercados, etc.) sin tener que esperar a que sean ellos/as los que lleguen a los servicios. Se busca ofrecer estos espacios de escucha, ayuda a detectar personas que requieren un mayor acompañamiento, invitarlas a los servicios y talleres o canalizarlas a otras instancias en caso de ser necesario. Además, se favorece la reapropiación de espacios que incentivan la participación comunitaria.
3. Sostenible: son los propios beneficiarios quienes toman las riendas de los procesos de salud comunitaria, involucrándose en procesos formativos y fortaleciendo el compromiso social hacia el bienestar comunitario.

[19] A menudo, muchas mujeres y adolescentes afectadas por la violencia muestran resistencias cuando acuden a los servicios de apoyo para víctimas. Con esta propuesta, se evitan estas resistencias naturales que surgen de las experiencias traumáticas y se evita revictimizarlas.

5. PRINCIPALES RESULTADOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Al principio, nos criticaban, pero ahora comprenden nuestra entrega…Mejoramos nuestra relación con la familia y comunidad…Muchas personas nos donan cosas como agradecimiento.
Entrevista colectiva a terapeutas populares.
Abril, 2018.

5.1. Principales resultados

El proyecto *Reconstruyendo Redes Resilientes* cuenta con una amplia experiencia derivada de los años que ha estado en funcionamiento y de su capacidad de establecer periodos de evaluación que le permiten asegurar la expresión de sus aprendizajes para emplearlos en la mejora de sus procesos de capacitación y diseño.

Una de las mejores lecciones es la que indica la posibilidad de réplica de la experiencia, puesto que ha demostrado su implantación en las comunidades mediante la incorporación de personas que originalmente fueron beneficiarias. La mayoría de las personas que conforman la red de terapeutas son mujeres de la comunidad, de nivel socioeconómico bajo-medio y escasa escolaridad, que se han comprometido con el desarrollo saludable de sus comunidades después de haber estado expuestas a la violencia.

Este modelo de intervención atiende explícitamente varios de los factores de riesgo detectados que han sido diagnosticados en el entorno social y permiten analizar la problemática para proponer acciones remediales. Asimismo, se incorporó una perspectiva de género como marco conceptual y orientador de la práctica. Muchos testimonios de los participantes reiteran el progreso a través de este enfoque de género en la intervención.

"El empoderamiento de las mujeres en materia de autocuidado, las personas que venían en grupo reconocían las dificultades para darse un tiempo para asistir a las terapias y diferenciar la atención a los nietos o trabajo de cuidado, de la vida doméstica".

Las actividades de autocuidado de este proyecto no solo se dirigen a las personas de las comunidades, sino que también están encaminadas al equipo de SABIC como acción preventiva frente al desgaste generado por el trabajo y la complejidad que pudiera derivarse de estos temas. Por ello, se ha estipulado la realización de informes trimestrales donde se verificará y sistematizará el avance en el cumplimiento de metas como fortaleza que permite llevar a cabo un seguimiento veraz de los procesos.

En general, la instauración del *Plan de Monitoreo* es uno de sus mayores aciertos, permite conocer a fondo la situación de sus procesos con el fin de establecer apoyos y acciones remediales donde se requieran aplicar. Asimismo, el Plan de Monitoreo cubrirá los siguientes aspectos:

- Realizará una evaluación de procesos continua, mediante la captura inmediata de datos, registro de materiales probatorios y una rigurosa sistematización digital y de materiales físicos de acuerdo a los objetivos específicos y las metas del *Plan de Monitoreo*.
- La captura de los datos se realiza diariamente en las instalaciones bajo la supervisión de la coordinadora de cada proyecto y mediante un sistema de registro específico en digital y en físico.
- Además, se llevarán a cabo las siguientes reuniones:
    - Reunión semanal del equipo coordinador de proyecto (avance, necesidades, insumos).
    - Reunión semanal de monitoreo para revisar el avance del proyecto (avance, necesidades, insumos).
    - Reunión mensual de planificación para organizar las actividades del siguiente mes. Se revisan los resultados, indicadores de progreso, correcciones, seguimiento de metas, número de actividades y el progreso general del proyecto.
    - Reunión general de equipo sobre el monitoreo general mensual. Asiste todo el personal de la organización.
    - Reunión de evaluación financiera mensual. Se analizan estados financieros específicos del proyecto, pago impuestos y compromisos con Hacienda y los donantes.
    - Evaluación final del proyecto con todo el equipo coordinador y participación de los beneficiarios. Se analizan los resultados del proyecto, el alcance de las metas, el impacto obtenido, los retos y las lecciones aprendidas durante la implementación del proyecto.

El sistema de indicadores por proyecto suele dividirse en indicadores de resultado, de proceso y de impacto.

El *Plan de Monitoreo* detalla los objetivos, metas, actividades, insumos, productos y materiales probatorios del proyecto, lo que permite conocer en cada momento el porcentaje de metas alcanzadas, así como el número de personas participantes en las diferentes actividades (ferias de salud, servicios de atención, formación, reuniones, etc.). El impacto de las actividades se mide a través de los siguientes indicadores principales:

- El porcentaje de personas de una muestra que manifiestan haber encontrado un espacio de escucha, accesible y de calidad en el que han podido expresar un dolor o preocupaciones con el fin de afrontar sus problemas.
- El porcentaje de mejora en la percepción de la salud psicoemocional de los participantes que recibieron psicoterapia individual y grupal. Específicamente, se analizan las habilidades de resiliencia y la percepción de la calidad de las relaciones familiares.
- El porcentaje de personas que manifiesta contar con más recursos para afrontar las dificultades. Esta información se recopiló de los talleres vivenciales.
- El porcentaje de los participantes de las terapias alternativas que mejoraron su percepción de la salud psicoemocional a través de los brotes de emociones positivas, emociones negativas, control emocional y percepción de la salud física.
- El índice de mejoría entorno a la calidad de la atención en los centros de atención coordinados por terapeutas y brigadistas.

La creación de un sistema de comunicación y transferencia de conocimiento es un logro destacable en tanto que ha resultado exitoso de acuerdo con el desarrollo de capacidades mostradas en el proceso de inducción y entrenamiento realizado por las nuevas integrantes del equipo. Los resultados de sus acciones se plasmarán en un Informe Anual de Resultados, después de que se realice la sistematización y la evaluación final. Dicho informe se difundirá en un evento público y a través de la página web (actualmente en reconstrucción). Algunas de las actividades grupales son compartidas de forma semanal en la página de Facebook de SABIC con previo consentimiento de las beneficiarias.

En el marco del programa existe coherencia y cohesión en el trabajo interno, ya que son elementos que dan fuerza al equipo para solucionar las dificultades de financiamiento, los problemas internos y la demanda de la población por servicios de salud emocional. Los efectos positivos de este enfoque han sido voceados por los integrantes de esta iniciativa, específicamente reconociendo la labor de la directora.



El reconocimiento de la directora hacia mi trabajo; el ambiente laboral favorece el trabajo.



Durante varios años, los primeros meses no se pagaba; ahora es distinto.

Finalmente, cabe destacar que el proyecto ha empoderado a las mujeres de las comunidades para que se apropien de los procesos de salud comunitaria y fortalezcan la cohesión social de sus comunidades. Los miembros de la comunidad han aclamado la presencia de estas capacitaciones ofrecidas ya que contribuyen a la construcción de espacios más saludables en la ciudad.

5.2. Lecciones aprendidas

En síntesis, la creación y ejecución de un modelo de intervención integral (llevado a cabo por mujeres y con atención primordial de mujeres) busca atender a víctimas de la violencia, promover la salud integral y fortalecer a las comunidades a partir de terapias alternativas que fomentan la resiliencia tiene como eje principal "la formación de brigadistas, promotores y terapeutas en las comunidades que se apropien de los procesos de salud mental comunitaria" (SABIC, 2017, p. 2).

Para alcanzar los objetivos del modelo, deben de fortalecerse los procesos y mejorar el sistema de seguimiento, especialmente en identificar las causas por las cuales la gente deja de ir a las terapias, los problemas asociados a las visitas domiciliarias o la alta demanda de este tipo de terapias.

Asimismo, se debe considerar que, de acuerdo con la experiencia, se requiere trabajar al menos dos años en la implementación para poder tener dominio sobre el proceso. Este periodo permite generar legitimidad y reconocimiento para las terapias alternativas por parte de la población y las víctimas de violencia.

Este modelo recopilará la evidencia derivada del desarrollo de capacidades técnicas y modelos teóricos que se utilizaron en este proyecto. De igual forma, esto contribuyo a la mayor apertura de nuevos centros y al aumento personas atendidas. Sin embargo, se debe planear el crecimiento para evitar la creación de expectativas inmoderadas o que se rebasen las posibilidades de atención adecuada.



Se hicieron 35 centros para atender en sesiones pequeñas, la atención se amplió a niños, niñas y adolescentes.



El número de personas que buscaban participar en este proyecto se elevó y no se tenía espacio suficiente.



Se inició con ocho terapeutas y ahora son 50.

La intención de incrementar la diseminación del proyecto ha ido creciendo significativamente. La actividad que se realiza en el tianguis ha sido la que ha acaparado más notoriedad, pues ha roto la estigmatización sobre el tratamiento de la salud emocional que ha sido afectada por la violencia. La visita a los tianguis se hace una vez al mes, aunque esta actividad ha sobrecargado la capacidad de trabajo del proyecto. Ante esto, se ha sugerido que se establezca un filtro para atender y canalizar a todos los ciudadanos que busquen atención, que a su vez pudieran conllevar a una canalización con diversas instituciones públicas y civiles.

La atención a la salud emocional generalmente se categoriza como "un asunto de mujeres" después de que se detectaron múltiples formas de discriminación hacia estas actividades de acuerdo con varios testimonios de varias participantes.

"Al principio sentí que colegas de otros espacios laborales desprecian las terapias alternativas y no las ven como una herramienta positiva; habría que rescatar tradiciones o visiones alternativas que no se ven en los estudios formales de psicología".

"Muchas veces sentía que había una discriminación hacia nuestra actividad, en los centros comunitarios había psicólogos y nos criticaban, pero después de nuestro éxito nos pedían trabajar. En muchos lugares nos prohíben nuestras terapias, debemos tomar en cuenta esas limitaciones".

"No se valoran los esfuerzos de las terapeutas voluntarias, a veces preguntan: '¿cobran como terapeuta?', y cuando decimos que no, dicen: 'no vale'".

Cabe resaltar que la meta de SABIC es atender a las mujeres que necesiten apoyo emocional y dar seguimiento a sus casos, pero no suple la realización de los tratamientos médicos ordinarios.

Por el otro lado, la experiencia en el diseño e implementación del proyecte debe estar complementado con las labores de las autoridades. Es complicado forjar una relación entre la sociedad civil con los gobiernos por la desconfianza que ambas esferas proyectan. Estos entes deben de colaborar y no competir entre sí en una situación ideal. La relevancia del enfoque de prevención social de la violencia y la delincuencia se encuentra delineada de forma explícita en la actividad con jóvenes y adolescentes.

"También los hombres han mejorado su situación emocional; los policías que pasan a supervisar el cuadrante se quedan para sentirse mejor".

No obstante, es necesario reforzar la inclusión en todas las acciones derivadas de la implementación de la experiencia con el fin armonizar los aprendizajes y hacer posible el registro del impacto positivo que se logró infundir en la sociedad.

Con lo anterior en mente, se deben mejorar la supervisión del proceso de formación, los protocolos de atención y la revisión de la calidad de los servicios que se ofrecen, especialmente para asistir a las niños y adolescentes violentados:

"Se debe mejorar el seguimiento a los pacientes, incluso en las ferias, porque cuando vemos alguna mujer no necesariamente la atendemos con urgencia".

"No tenemos suficientes psicólogas, no tenemos supervisión de casos y contención porque hay casos que nos superan".

"Creo que faltó una supervisión más formal, se requiere de un apoyo profesional para el acompañamiento o coevaluación. Son enriquecedores y deben practicarse con disciplina".

A pesar de las adversidades de capacidad, varias instituciones apoyaron al proyecto, específicamente la Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro, el Instituto Nacional

de Desarrollo Social (Indesol), el Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP), la Fundación SMART y otras organizaciones de la sociedad civil.

"Creo que en la medida en la cual crecemos y transmitimos podemos demostrar que tenemos éxito."

Esta iniciativa busca convertirse en un gran ejemplo para mujeres de distintas regiones para que se empoderen y vean que es posible gestionar, por su propia cuenta, procesos de autocuidado en las comunidades que habitan con el fin de mitigar los efectos negativos de la violencia y contribuir a la construcción de una sociedad más fuerte.

6. BIBLIOGRAFÍA

Barraza, L. et. al. (2009). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en la región norte, el caso de Ciudad Juárez, Chihuahua*. CONAVIM.

Barrios de la O María Inés, González Favila, Miguel Ángel, et al. (2016). *Diagnóstico integral del municipio de Juárez*. Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia/ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México/Ciudad Juárez.

Beristain, C. (2000). *Justicia y Reconciliación: el papel de la verdad y la justicia en la reconstrucción de sociedades fracturadas por la violencia*. Bilbao: HEGOA.

Cervera Gómez L.E., Monárrez Fragoso J.E. (2010). *Sistema de información geográfica de la violencia en el municipio Juárez, Chihuahua: georreferenciación y su comportamiento espacial en el contexto urbano y rural (SIGVIDA)*. Reporte nal. Ciudad Juárez: El Colegio de la Frontera Norte, Comisión Nacional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. (2015). *Modelo integral de atención a víctimas*. México. CEAV.

Diario Oficial de la Federación. (2012). *Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia*. Texto vigente, 24 de enero de 2012.

en niños testigos de violencia en la calle. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 295-301.

Esquivel, J. J. (2012). *Juárez, símbolo de la mortandad*. En: Revista Proceso. https://www.proceso.com.mx/324640/324640-juarez-simbolo-de-la-mortandad

Feigelson, M.J. 2012. "*Ofrecer la esperanza tangible de un cambio positivo*". En: Espacio para la Infancia no. 38, p.5, Fundación Bernard van Leer.

Hinojos L., C., Ruiz, L., Cisneros, M., Mireles, E., Pando, G. y Bejarano J., M. (2011). *Estrés postraumático en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil del Estado de Chihuahua, México*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 68(4), 290-295.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Resumen. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.

Quintana, L. N.; Maldonado, E. B. y Riosvelazco, L. (2015). *Sintomatología del trastorno de estrés postraumático*.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (2016). *Resultados 2016*. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (2017). *Informe Anual 2017*. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (2018). *Reconstruyendo Redes Resilientes*. Informe de evaluación. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (s/f-a). Diagnóstico situacional. Resumen. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (s/f-b). *Marco teórico*. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (s/f-c). *Modelo de intervención*. Ciudad Juárez. SABIC.

Salud y Bienestar Comunitario, A.C. (s/f-d). *Monitoreo y evaluación*. Ciudad Juárez. SABIC.

Secretaría de Gobernación y USAID. (2017). *Formato de convocatoria para presentación de proyectos*, CBP17-18 folio No. 17.

Viven 27% de juarenses con estrés postraumático: UNAM. (19 enero 2012). *Udual, Agencia de Noticias de la Unión de las Universidades de América Latina y el Caribe*. Recuperado de: https://udualpress.org/2012/01/19/viven-27-de-juarenses-con-estres-postraumatico-unam/

7. ANEXOS

Curso de formación básica de terapeutas corporales populares

80 horas teórico-vivenciales (20 sesiones de 4 horas) + 20 horas prácticas en Ferias de Salud Comunitaria.

1. **Ser terapeuta corporal popular**

   Introducción sobre el programa y el papel de las terapeutas en la comunidad, crear un ambiente de crecimiento personal y fomentar la integración grupal.

2. **Salud integral**

   Realizar un análisis de la realidad social y un diagnóstico de la situación de las enfermedades de la comunidad y sus causas, con enfoque bio-psico-social.

3. **Herbolaria tradicional mexicana**

   Introducir la medicina tradicional mexicana y las propiedades terapéuticas de las plantas.

4. **Elaboración de tinturas**

   Presentar y practicar el método de elaboración de tinturas para la extracción de las propiedades y principios activos de las plantas medicinales.

5. **Elaboración de microdosis**

   Introducir el método de tratamiento con microdosis del Dr. Martínez Bravo.

6. **Tratamientos con microdosis**

   Conocer el método de combinación de tinturas de herbolaria para diseñar tratamientos para diversas enfermedades.

7. **Auriculoterapia**

   Introducir una técnica accesible y económica de cuidado de la salud, desde sus fundamentos teóricos y filosóficos.

8. Práctica de la auriculoterapia

Métodos de diagnóstico y procedimientos para la atención con auriculoterapia.

9. Taller de duelo

Facilitar la experiencia vivencial sobre cómo reconocer e intervenir de forma breve, respetuosa y solidaria una situación de pérdida o duelo.

10. Terapia floral

Fortalecer el arraigo y la identidad comunitaria a través del conocimiento de la terapia floral, los sistemas florales.

11. Terapia floral con fórmulas de emergencia I

Estimular la reflexión sobre la salud comunitaria y las consecuencias emocionales de la violencia y ofrecer herramientas para la atención en situación de emergencia.

12. Habilidades del terapeuta I

Favorecer la generación de la alianza terapéutica a través de la aceptación incondicional, la congruencia y la empatía.

13. Habilidades del terapeuta II

Practicar ejercicios de escucha activa y empática: reflejo verbal y no verbal, parafraseo, síntesis y reflejo emocional.

14. Terapia floral con fórmulas de emergencia II

Practicar el método de diagnóstico bioenergético y el protocolo para la atención con fórmulas florales de emergencia.

15. Ética terapéutica

Promover el autocuidado, conocer los principios de atención y los compromisos de vinculación a la red de terapeutas.

16. Elaboración de esencias florales

Estimular el arraigo con la comunidad a través de meditación guiada y de la elaboración de esencias con flores de la región.

17. Elaboración de jarabes y jabones

Promover el autocuidado y empoderamiento económico a través de la elaboración propia de jarabe para la tos y jabones con propiedades terapéuticas.

18. Elaboración de productos (cremas, pomadas y aceites)

Estimular el uso de la herbolaria tradicional mexicana y el empoderamiento económico elaborando productos terapéuticos.

19. Repaso

Favorecer la integración de los aprendizajes obtenidos a lo largo del programa.

20. Autocuidado

Concientizar sobre los procesos de autocuidado y utilizar herramientas para autocontención.

Cápsulas complementarias de desarrollo personal: Bioenergética, biodanza, arteterapia, técnicas de liberación emocional, tai-chi, establecimiento de límites, meditación, dinámicas grupales de confianza, prevención, resolución pacífica de conflictos.

Curso de especialización de terapeutas corporales populares

80 horas teórico-vivenciales (20 sesiones de 4 horas) + 20 horas prácticas en Ferias de Salud + 5 Expedientes.

Módulo 1 – "Habilidades del Terapeuta" –

1. Habilidades de escucha y empatía I.
2. Habilidades de escucha y empatía II.
3. Manejo de emociones.
4. Primeros auxilios psicológicos.
5. Perspectiva de Género.
6. Atención a víctimas de violencia.
7. Atención a niños/as.
8. Atención a adolescentes.
9. Acompañamiento en Duelo.
10. Protoc. de Atención y Ética Terapéutica.

Módulo Optativo 2 – "Especialización en Terapia Floral –

1. Introducción y bases teóricas.
2. Flores de Bach.
3. Flores de Juárez.
4. Elaboración de Esencias Florales.

5. La Medicina Agradable.
6. Diagnóstico Bioenergético.
7. Caracterización de Esencia.
8. Fórmulas Florales.
9. Trabajo en la comunidad y género.

Módulo Optativo 2 – Especialización en Masaje Relajante—

Introducción, Bases teóricas, Materiales. Protocolo. Usos. Técnicas de Manipulación. Masaje Relajante. Práctica.

Módulo Optativo 2 – Especialización en Cuerpo y Energía –

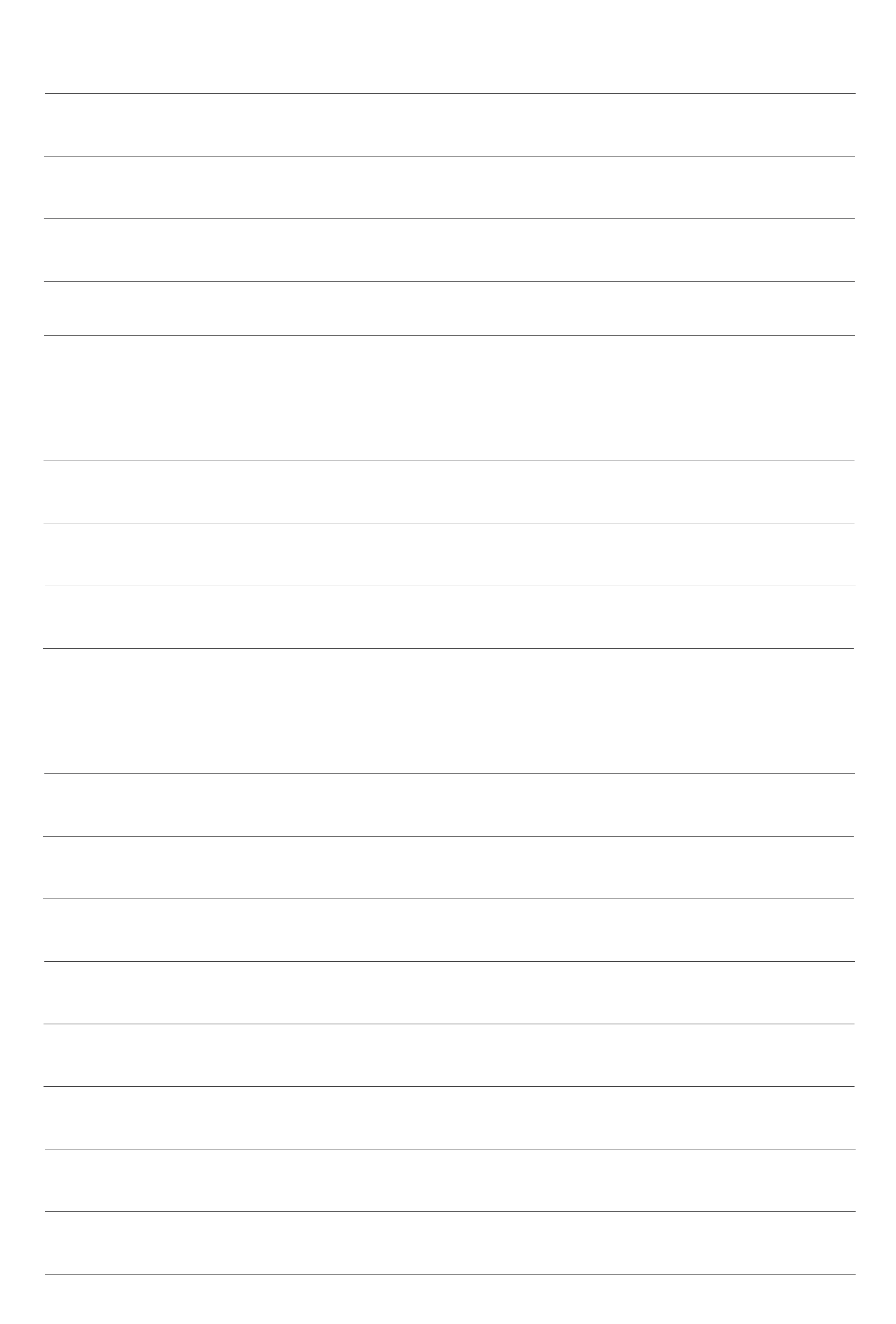
Sesiones 1 a 3 – Introducción. Bases teóricas. Cuerpo energético. Bioenergética.

Sesiones 4 a 6 – Reiki Nivel I.

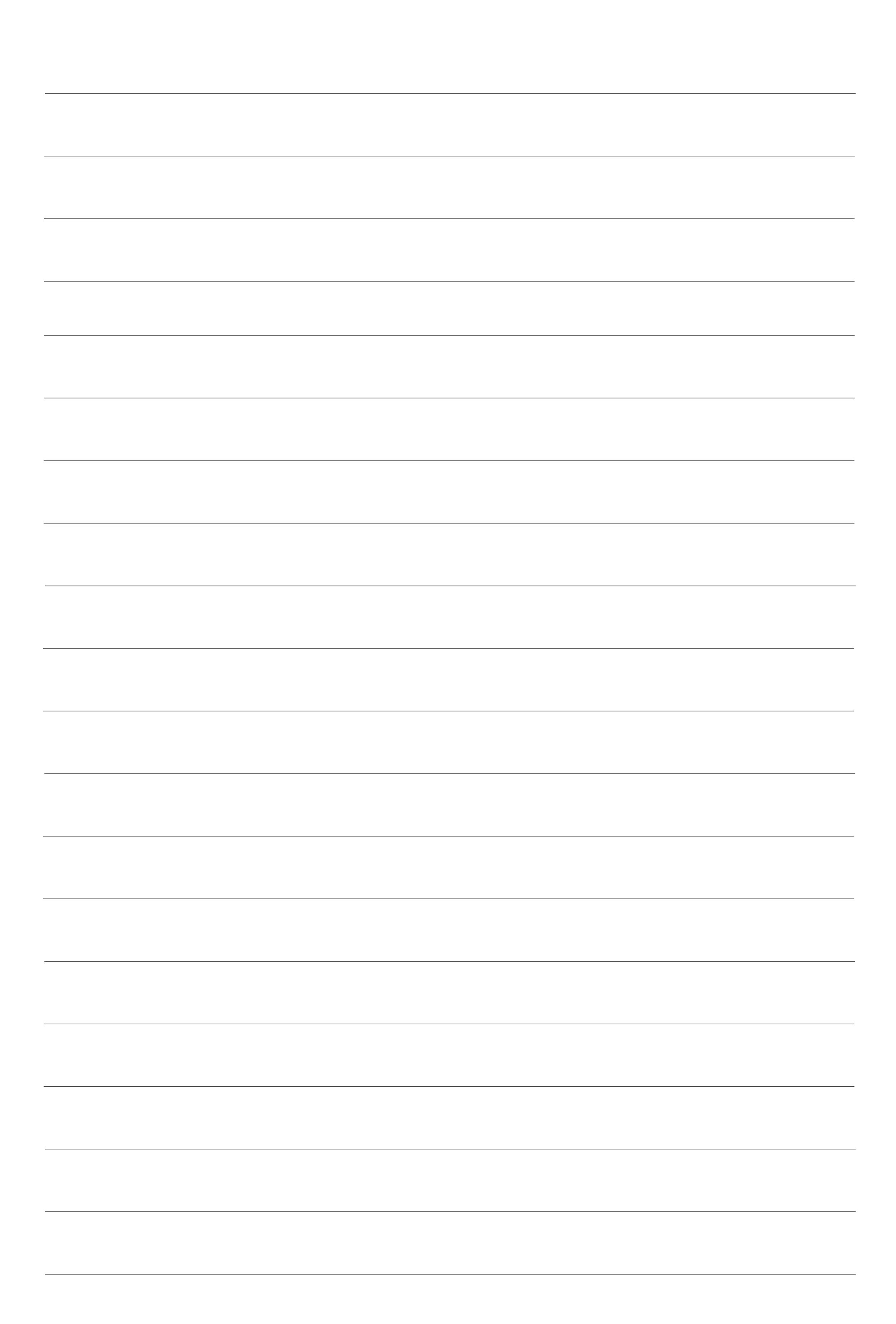
Sesiones 7 a 9 – Auriculoterapia I, II y III.

Sesión 10 – Técnicas y Prácticas Transmisión de Energía.

NOTAS









Noviembre, 2018